



WELL CHILD EXAM - INFANCY: 9 MONTHS

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

ទារកភាព៖ អាយុ 9 ខែ

សំរាប់ឪពុកម្តាយ ដើម្បីបំពេញព័ត៌មាន	ឈ្មោះរបស់កុមារ	ទំរាំមកដោយ:	ថ្ងៃខែកំណើត																								
	ប្រតិកម្មនានា	ថ្នាំលេបបច្ចុប្បន្ន																									
	អាគារ/គ្រោះថ្នាក់/បញ្ហា/ការបារម្ភតាំងពីពេលជួបពិនិត្យសុខភាពចុងក្រោយ		ថ្ងៃនេះខ្ញុំមានសំនួរមួយអំពី:																								
	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>ទារករបស់ខ្ញុំអាចញ្ជាំអាហារខ្លួនឯងដោយម្រាមដៃ ។</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>ទារករបស់ខ្ញុំអាចធ្វើដំណើរដ្ឋិតដោយខ្លួនវា ។</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>ទារករបស់ខ្ញុំយល់ពាក្យខ្លះ ។</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>ទារករបស់ខ្ញុំលេងល្បែងដូចជាល្បែងបិទព្រួន ឬល្បែងផាតាខេក។</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>ទារករបស់ខ្ញុំដេកលក់ពេញមួយយប់ ។</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>ទារករបស់ខ្ញុំអាចមើលឃើញនិងស្តាប់ ។</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>ខ្ញុំគ្មានកើតទុក្ខញឹកញាប់ច្រើនដងទេ ។</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ទារករបស់ខ្ញុំអាចញ្ជាំអាហារខ្លួនឯងដោយម្រាមដៃ ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ទារករបស់ខ្ញុំអាចធ្វើដំណើរដ្ឋិតដោយខ្លួនវា ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ទារករបស់ខ្ញុំយល់ពាក្យខ្លះ ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ទារករបស់ខ្ញុំលេងល្បែងដូចជាល្បែងបិទព្រួន ឬល្បែងផាតាខេក។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ទារករបស់ខ្ញុំដេកលក់ពេញមួយយប់ ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ទារករបស់ខ្ញុំអាចមើលឃើញនិងស្តាប់ ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ខ្ញុំគ្មានកើតទុក្ខញឹកញាប់ច្រើនដងទេ ។					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ទារករបស់ខ្ញុំអាចញ្ជាំអាហារខ្លួនឯងដោយម្រាមដៃ ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ទារករបស់ខ្ញុំអាចធ្វើដំណើរដ្ឋិតដោយខ្លួនវា ។																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ទារករបស់ខ្ញុំយល់ពាក្យខ្លះ ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ទារករបស់ខ្ញុំលេងល្បែងដូចជាល្បែងបិទព្រួន ឬល្បែងផាតាខេក។																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ទារករបស់ខ្ញុំដេកលក់ពេញមួយយប់ ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ទារករបស់ខ្ញុំអាចមើលឃើញនិងស្តាប់ ។																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ខ្ញុំគ្មានកើតទុក្ខញឹកញាប់ច្រើនដងទេ ។																									

WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	HEAD CIR. PERCENTILE
---------------------------	--------------------------	----------------------

Review of systems Review of family history

Screening:

Hearing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Development: Circle area of concern

Adaptive/Cognitive	Language/Communication	
Gross Motor	Social/Emotional	Fine Motor
Behavior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Physical:

General appearance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Head/Fontanelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eyes (Cover/Uncover)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oropharynx/Teeth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Describe abnormal findings and comments:

Diet _____

Elimination _____

Sleep _____

Review Immunization Record Lead Exposure

Fluoride Supplements Fluoride Varnish Hct/Hgb

Tb

Health Education: (Check all discussed/handouts given)

Family Planning Safety No Bottle in Bed

Development Crib Safety Infant Bond

Feeding Fever Teeth Care Bedtime ritual

Language Stimulation Stranger Anxiety

Appropriate Car Seat Child care Passive Smoke

Poison Prevention

Other: _____

Assessment/Plan: _____

NEXT VISIT: 12 MONTHS OF AGE	HEALTH PROVIDER NAME
HEALTH PROVIDER SIGNATURE	HEALTH PROVIDER ADDRESS

INFANCY: 9 MONTHS

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (9 months)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Look for white spots or decay on teeth. Check for history of decay in family. Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999--00.(21)5.

Tuberculosis Screen

Screen for these risk factors:

- Members of household with tuberculosis or in close contact with those who have the disease.
- In close contact with recent immigrants or refugees from countries in which tuberculosis common (e.g., Asia, Africa, Central and South America, Pacific Islands); migrant workers; residents of correctional institutions or homeless shelters or persons with certain underlying medical disorders.

Developmental Milestones

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, the ELMS2 (a language screen), or the MacArthur Communication Development Inventory.

- | Yes | No | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Sits without support.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Stands holding on.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cruises. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Imitates speech sounds.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Thumb-finger grasp. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Says "Dada" or Mama" nonspecifically.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Responds to name. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Plays "Peek-a-boo." |

Avoids eye contact.

Instructions for developmental milestones: At least 90% of infants should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on any two items or even one of the underlined items, or the **boxed item** (abnormal behavior at this age), refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**



ការពិនិត្យដើម្បីរក្សាសុខភាពក្មេងៗ - ទារកភាព៖ អាយុ 9 ខែ

WELL CHILD EXAM - INFANCY: 9 MONTHS

(ត្រូវទៅតាមគោលការណ៍នាំ EPSDT)

ថ្ងៃខែ

ទារកភាព៖ អាយុ 9 ខែ

សំរាប់ឪពុកម្តាយ ដើម្បីបំពេញអំពីកុមារ	ឈ្មោះរបស់កុមារ	នាមក្រុមគ្រួសារ	ថ្ងៃខែកំណើត																								
	ប្រតិកម្មនានា	ថ្នាំលេបបច្ចុប្បន្ន																									
	អាត្មា/គ្រោះថ្នាក់/បញ្ហា/ការបារម្ភតាំងពីពេលជួបពិនិត្យសុខភាពចុងក្រោយ		ថ្ងៃនេះខ្ញុំមានសំនួរមួយអំពី៖																								
	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>ទារករបស់ខ្ញុំអាចញ្ជាំអាហារខ្លួនឯងដោយម្រាមដៃ ។</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>ទារករបស់ខ្ញុំអាចធ្វើដំណើរដ្ឋីវិញដោយខ្លួនវា ។</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>ទារករបស់ខ្ញុំយល់ពាក្យខ្លះ ។</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>ទារករបស់ខ្ញុំលេងល្បែងដូចជាល្បែងបិទព្រួន ឬល្បែងផ្កាតាខេក។</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>ទារករបស់ខ្ញុំផ្អាកលក់ពេញមួយយប់ ។</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>ទារករបស់ខ្ញុំអាចមើលឃើញនិងស្តាប់ឮ ។</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>ខ្ញុំគ្មានកើតទុក្ខញឹកញាប់ច្រើនដងទេ ។</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ទារករបស់ខ្ញុំអាចញ្ជាំអាហារខ្លួនឯងដោយម្រាមដៃ ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ទារករបស់ខ្ញុំអាចធ្វើដំណើរដ្ឋីវិញដោយខ្លួនវា ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ទារករបស់ខ្ញុំយល់ពាក្យខ្លះ ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ទារករបស់ខ្ញុំលេងល្បែងដូចជាល្បែងបិទព្រួន ឬល្បែងផ្កាតាខេក។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ទារករបស់ខ្ញុំផ្អាកលក់ពេញមួយយប់ ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ទារករបស់ខ្ញុំអាចមើលឃើញនិងស្តាប់ឮ ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ខ្ញុំគ្មានកើតទុក្ខញឹកញាប់ច្រើនដងទេ ។					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ទារករបស់ខ្ញុំអាចញ្ជាំអាហារខ្លួនឯងដោយម្រាមដៃ ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ទារករបស់ខ្ញុំអាចធ្វើដំណើរដ្ឋីវិញដោយខ្លួនវា ។																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ទារករបស់ខ្ញុំយល់ពាក្យខ្លះ ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ទារករបស់ខ្ញុំលេងល្បែងដូចជាល្បែងបិទព្រួន ឬល្បែងផ្កាតាខេក។																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ទារករបស់ខ្ញុំផ្អាកលក់ពេញមួយយប់ ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ទារករបស់ខ្ញុំអាចមើលឃើញនិងស្តាប់ឮ ។																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ខ្ញុំគ្មានកើតទុក្ខញឹកញាប់ច្រើនដងទេ ។																									

ទម្ងន់-គីឡូ/អោឡូ ភាគរយ	កំពស់-សង្កឹមម៉ែត្រ/អ៊ិន្ល ភាគរយ	បរិវេណក្បាល ភាគរយ	តមអាហារ _____
------------------------	---------------------------------	-------------------	---------------

ពិនិត្យមើលប្រព័ន្ធរាងកាយ ពិនិត្យមើលប្រវត្តិគ្រួសារ

ការពិនិត្យជំងឺសទ្ធាទៅ៖

សោតវិញ្ញាណ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ធម្មតា	មិនធម្មតា	_____
ចក្ខុវិញ្ញាណ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

ការធ្វើលូតលាស់: ចូរគូររង្វង់កន្លែងដែលមានការចាប់អារម្មណ៍

ការយកលំដាប់/ការយល់ដឹង	ភាសា/ការទាក់ទង	ក្រឡឹងធ្វើចលនាទី១	សង្គម/ទឹកចិត្ត	ក្រឡឹងធ្វើចលនាទី២
ចរិយាមាយាទ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
សុខភាពសតិអារម្មណ៍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

រាងកាយ:

រូបរាងទូទៅ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ដើមទ្រូង	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ស្បែក	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ស្មុគស្មាញ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ក្បាល/បង្ហើយ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ថតបេះដូង/ជីពចរ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ភ្នែក (បាំង/មិនបាំង)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ពោះ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ត្រចៀក	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ក្រឡឹងបន្តពូជ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ច្រមុះ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ឆ្អឹងខ្នង	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
បំពង់អាហារ/ផ្នែកខាងលើ/ធ្មេញ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ចុងដៃបច្ចុប្បន្ន	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ក	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	នៃប្រសាទសាស្ត្រ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ថ្នាំប្រមាថ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

ចូររៀបរាប់អំពីការរកឃើញដែលខុសពីធម្មតានិងការអធិប្បាយ៖

ការពិនិត្យមើលបន្ទាប់៖ អាយុ 12 ខែ	ឈ្មោះរបស់ពេទ្យដែលផ្តល់ការរក្សាសុខភាព
ហត្ថលេខារបស់ពេទ្យដែលផ្តល់ការមើលសុខភាព	អាសយដ្ឋានរបស់ពេទ្យដែលផ្តល់ការរក្សាសុខភាព

ទារកភាព៖ អាយុ 9 ខែ

សុខភាពទារករបស់អ្នកនៅអាយុ 9 ខែ

ដំណាក់កាលសំខាន់

របៀបដែលទារករបស់អ្នកកំពុងធំលូតលាស់រវាង អាយុ 9 ខែនិង 12 ខែ ។

វានៅពាសពេញកំរាល ។

ងើបឈរនិងធ្វើចលនាដោយគោរពតាមគ្រឿងតូនរតាំង ។

អាចចាប់ផ្តើមដើរ ។

ចង្អុលទៅវត្ថុដែលវាចង់បាន ។

ដឹកដោយប្រើពែងនិងញ្ជាំដោយខ្លួនឯង ។

លេងល្បែងធ្វើនំ ឬល្បែងចិញ្ចឹម ។

ចាប់ផ្តើមនិយាយពាក្យដូចជា "ម៉ាម៉ា" "ប៉ាប៉ា" និង "បាយបាយ" ។

អ្នកដូងកូនរបស់អ្នករៀនជំនាញការថ្មីៗ ដោយលេងជាមួយវា ។

ដើម្បីរកជំនួយឬព័ត៌មានថែមទៀត

ការពិនិត្យសំរាំងមើលការធំលូតលាស់របស់កុមារ ដោយមិនគិតថ្លៃ៖ ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីម្តាយមានសុខភាពល្អ និងទារកក៏មានសុខភាពល្អ និងលេខទូរស័ព្ទប្រចាំការដើម្បីជួយបញ្ជូនឈ្មោះ៖

1-800-322-2588 (សម្លេង) ឬ 1-800-833-6388 (ប្រដាប់បន្ត TTY) ។

សុវត្ថិភាពខាងកៅអីសំរាប់ក្មេងតូចៗអង្គុយជិះឡាន៖ Safety Restraint Coalition 1-800-BUCK-L-UP (សម្លេង) ឬ 1-800-833-6388 (ប្រដាប់បន្ត TTY)

ទារកមានសេចក្តីត្រូវការពិសេស៖ កម្មវិធីពិធីពុក/ម្តាយទៅពិធីពុក/ម្តាយ៖ 1-800-821-5927 ។

កិច្ចការពារការពុល៖ មជ្ឈមណ្ឌលផ្នែកជាតិពុលនៃរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតុន 1-800-732-6985 (សម្លេង) ឬ 1-800-572-0639 (ប្រដាប់បន្ត TTY) ។ ចូរទូរស័ព្ទ លេខ 911 ក្នុងភាពមានអានុភាព ។

ជំនាញការឬការឧបត្ថម្ភសំរាប់មាតាបិតា៖ ទូរស័ព្ទប្រចាំការសំរាប់ជួយ គ្រួសារ 1-800-932-HOPE (4673) ប្រភពសំរាប់គ្រួសារភាគពាយ័ព្យ 1-888-746-9568 ថ្នាក់រៀននៃវិទ្យាល័យសហគមន៍តាមតំបន់ ។

ចំណុចសំខាន់ផ្នែកសុខភាព

ចូររក្សាការបំបៅដោះឲ្យបានយូរតាមដែលអាចធ្វើបាន យ៉ាងហោចណាស់ ឲ្យបានមួយឆ្នាំដំបូង ។

ទឹកដោះម្តាយ ឬហ្វូរមូឡា (formula) គឺនៅតែជាអាហារសំខាន់ ចំផុតរបស់ទារកអ្នក ។ វាក៏ត្រូវការញ្ជាំអាហាររឹងដែលកិនឲ្យម៉ត់ជ្រាយ ផងដែរ ។

ចូររក្សាធ្មេញដុះថ្មីរបស់ទារកអ្នកឲ្យបានល្អ ។ សំអាតធ្មេញទាំងនោះនៅ ក្រោយពេលបញ្ចុកចំណីរួច ។ ចូរប្រើជ្រុងកន្សែងនៃក្រណាត់ស្ពាត ឬកូន ប្រាសទន់ៗ ។ ចូរប្រើសំរាំងឲ្យវាបំបៅដបនៅពេលដេក ។

អង់ទីប៊ីយោទិក (antibiotics) មិនមែនជាថ្នាំបំបាត់ជំងឺទេ ។ វាមិន ជួយព្យាបាលរោគផ្តាសាយនិងមេរោគវីរុស (virus) ឯទៀតឡើយ ។ ការឲ្យអង់ទីប៊ីយោទិកដល់ទារករបស់អ្នកនៅពេលដែលវាមិនត្រូវការ អាចមានគ្រោះថ្នាក់ ។

ចូរឲ្យទារករបស់អ្នកហាត់ប្រើពែង ។ ចូរផ្តល់ទឹក ទឹកដោះម្តាយ ឬ ហ្វូរមូឡាដល់វាដោយប្រើពែងមានចំពួយ ។ បើវាប្រើដប ចូរធ្វើ ផែនការដើម្បីប្តូរទៅពែងនៅក្នុងអាយុប្រហែល 1 ឆ្នាំ ។

ចូរលាងដៃរបស់អ្នកឲ្យបានញឹកញាប់ ជាពិសេសនៅក្រោយពេលដូរ កន្ទួននិងនៅមុនពេលបំបៅ ។ ចូរលាងល្បែងលេងរបស់ទារកអ្នកជា មួយសាប៊ូនិងទឹក ។

ចំណុចសំខាន់សំរាប់មាតាបិតា

ទារកម្នាក់ៗធំលូតលាស់តាមរបៀបផ្ទាល់របស់វា ។ ទារករបស់អ្នកគួរ រក្សាការចេះដឹងនិងការផ្លាស់ប្តូរ ។ បើអ្នកគិតថាវាមិនធំលូតលាស់ល្អទេ ចូរនិយាយជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតឬគិលានុប្បដ្ឋាក-យីការរបស់អ្នក ។ ដើម្បី ទទួលបានការពិនិត្យសំរាំងមើលផ្នែកការធំលូតលាស់ដោយមិនគិតថ្លៃ ចូរ ទូរស័ព្ទទៅកម្មវិធីម្តាយមានសុខភាពល្អ និងទារកក៏មានសុខភាពល្អដែរ (លេខទូរស័ព្ទមាននៅខាងឆ្វេង)។

ចំណុចសុវត្ថិភាព

ចូរចាំមើលទារករបស់អ្នកជានិច្ចពេលវានៅក្នុងអាងងូតទឹក ។ ការលង់ ទឹកអាចកើតមានយ៉ាងរហ័សនិងដោយស្ងាត់ៗក្នុងទឹកជម្រៅតែពីរមីនុត ប៉ុណ្ណោះ ។ ចូរយកវាទៅជាមួយ បើអ្នកត្រូវតែចេញពីបន្ទប់ ។

ចូរដាក់ខ្សែក្រវាត់កៅអីឲ្យទារករបស់អ្នកនៅក្នុងកៅអីសំរាប់ក្មេងតូច ជិះឡានដោយបំបែរមុខវាទៅក្រោយឡានសំរាប់ឆ្នាំទីមួយទាំងមូល ។ ចូរដាក់វាឲ្យជិះនៅកន្លែងខាងក្រោយ ដែលជាកន្លែងសុវត្ថិភាពសំរាប់ ក្មេងជិះឡាន ។